UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 68

FACULTÉ DE MÉDECINE

A PROPOS D'UN CAS

DE

RUPTURE DE LA RATE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juin 1911

PAR

Louis VASSAL

Né à Marseille (Bouches-du-Rhône), le 13 mai 1880

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, Professeur, *Président.*
ESTOR, Professeur
RICHE, Agrégé
MASSABUAU, Agrégé

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1911

A PROPOS D'UN CAS

DE

RUPTURE DE LA RATE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 68

FACULTÉ DE MÉDECINE

A PROPOS D'UN CAS

DE

RUPTURE DE LA RATE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juin 1911

PAR

ACAD.
MED.BAT.
BIBL.

Louis VASSAL

Né à Marseille (Bouches-du-Rhône), le 13 mai 1880

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	FORGUE, Professeur, *Président.*	
	ESTOR, Professeur	*Assesseurs*
	RICHE, Agrégé	
	MASSABUAU, Agrégé	

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agr. libre, ch. de c.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG (ch. d. fonct.)

Examinateurs de la thèse :

MM. FORGUE, *président.*	MM. RICHE, *agrégé.*
ESTOR, *professeur.*	MASSABUAU, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MON PÈRE

A MA FEMME

A MES PARENTS

A MES AMIS

L. VASSAL.

A MONSIEUR BIENVENU MARTIN

SÉNATEUR DE L'YONNE

ANCIEN MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

PRÉSIDENT DE LA COMMISSION SÉNATORIALE DU BUDGET

L. VASSAL.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ARNAUD

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

A MONSIEUR LE DOCTEUR FIOLLE

PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

A MESSIEURS LES DOCTEURS O. ET CH. PLATON

L. VASSAL.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ

DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR CARRIEU

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MON JURY DE THÈSE

L. VASSAL.

A PROPOS D'UN CAS

DE

RUPTURE DE LA RATE

INTRODUCTION

Notre intention, au cours de cette étude, n'est pas de mettre au point le traitement idéal des ruptures de la rate. D'autres travaux, autrement complets que le nôtre, ont, pourrait-on dire, presque épuisé la question et nous ne saurions que répéter inutilement, et sans grand profit pour personne, ce qui est acquis à l'heure actuelle, à savoir que la splénectomie est le seul traitement que réclament les ruptures de la rate. Nous nous sommes placé à un point de vue tout différent.

Nous avons eu l'occasion de voir et de suivre, dans le service de M. le professeur Fiolle, un malade atteint de rupture de la rate et qu'une splénectomie faite à propos a rendu rapidement à la santé.

Comme on pourra s'en rendre compte par la lecture de l'observation que nous donnerons plus loin avec quel-

ques détails, rien dans l'état de ce malade n'attirait l'attention d'une manière particulière sur l'atteinte de ce viscère. Ce n'est qu'au cours de la laparotomie exploratrice, que fut découverte la rupture splénique.

Si donc, dans ce cas envisagé, on avait attendu pour intervenir quelque signe, sinon de certitude, au moins de probabilité, il est à peu près certain que l'heureuse issue que nous aurons à décrire n'aurait pas pu être enregistrée. Nous avons, après avoir observé ce cas, été tenté de rechercher les cas similaires que pouvait mettre à notre disposition la littérature médicale.

Pour le dire de suite, nous en avons trouvé plus que nous n'en citerons en temps et lieu. Sans vouloir grouper en faisceau compact toutes les observations publiées qui peuvent être utilement rapprochées de la nôtre, nous nous proposons d'insister d'une manière particulière sur certains cas de rupture de la rate à symptomatologie réduite et qui n'ont eu une heureuse issue que grâce à une intervention chirurgicale radicale.

Sans être tenté de faire de l'exception la règle, il ne sera pas, croyons-nous, sans utilité d'attirer l'attention sur les cas que nous voulons étudier où une rupture de la rate ne s'est pas produite sur le blessé par les signes habituels qui caractérisent l'atteinte de ce viscère. C'est dans de pareils cas qu'il vaut mieux pécher par excès que par défaut, l'excès d'ailleurs n'étant pas à craindre, étant donné l'innocuité de l'intervention, le défaut au contraire pouvant causer d'irrémédiables catastrophes.

Le premier point que, partant de notre observation, nous tâcherons de mettre en évidence sera donc que, pour incriminer la rate, il n'est pas toujours besoin

d'une symptomatologie complète traduisant l'atteinte de cet organe.

Un second point, et non moins intéressant, peut être présenté de la manière suivante. Des discussions approfondies que nous aurons d'ailleurs l'occasion de citer au cours de cette étude, ont à l'heure actuelle abouti à cette conclusion nette que la rate peut être extirpée en totalité sur l'homme vivant, sans suites fâcheuses pour sa santé, C'est un fait, et un fait d'observation que, à envisager d'une façon générale, la rate n'est pas un organe indispensable à la vie.

Nous ne voudrions pas que les mots dépassent ici notre pensée, et endosser à notre compte et au sujet de la rate les légendaires plaisanteries qui ont valu au professeur Metchnikoff ses idées très personnelles sur le rôle et l'utilité du gros intestin. Des conclusions qu'on lira à la fin de cette thèse, nous ne voudrions pas qu'on pût tirer que nous tenons la rate pour un organe tellement négligeable qu'on doit, à la première alerte, l'extirper sans autre forme de procès.

Mais des travaux histologiques s'est dégagée cette conception que le rôle de la rate, chez l'adulte, n'est pas si réduit qu'on l'avait imaginé autrefois, et que sa fonction hématopoïétique est à envisager sérieusement à côté et en corrélation des autres organes sangui-formateurs. De là quelques scrupules pour quelques opérateurs à respecter un organe important, de là une tendance fâcheuse à notre avis à pratiquer certaines opérations incomplètes qui pour être plus conservatrices que l'extirpation risquent parfois d'en être plus dangereuses.

La majorité des chirurgiens ont leur opinion faite et pensent que l'extirpation d'un organe qui saigne si facilement est d'effets nuls. Pour ceux que pourraient encore

tenter les interventions conservatrices, ou l'extirpation dans les cas en apparence peu graves, pour les médecins plus enclins à subir l'influence des données théoriques, nous avons tenu à mettre en évidence un point particulier de notre observation, c'est l'existence d'une ou plusieurs rates surnuméraires.

L'intervention dont nous donnerons bientôt le détail a été particulièrement heureuse à ce point de vue ; elle a permis de constater par la vue et par le toucher l'existence d'une rate surnuméraire, ce qui devrait ôter toute hésitation à l'opérateur. Il n'en est pas souvent de même, et nous devons avouer qu'au cours d'une splénectomie, intervention toujours d'urgence quand il s'agit de malades gravement traumatisés, quand l'abdomen est plein de sang, on aura rarement le loisir de chercher à vérifier l'existence d'une rate supplémentaire.

Les rates multiples sont-elles cependant rares en pratique? Il nous a suffi de feuilleter les registres d'autopsie de notre maître M. le professeur Alezais pour en découvrir de nombreux cas.

Il n'entre pas dans notre sujet et ce serait l'encombrer inutilement que de rapporter tous les cas que nous avons pu relever dans les registres d'autopsie du laboratoire d'anatomie pathologique de l'École de Marseille. Nous n'en parlerons qu'en passant et d'une manière purement incidente.

Nous attirerons donc l'attention sur l'existence dans notre cas d'une rate supplémentaire en montrant la fréquence de ces organes aberrants ; nous nous proposons d'insister d'une manière particulière sur la formule leucocytaire de notre malade, formule qui nous fournit quelques renseignements sur le rétablissement de la fonction hématopoïétique après extirpation de la rate

principale si l'on peut ainsi s'exprimer. Sans entrer d'ores et déjà dans les détails à ce sujet, nous pouvons dire que les organes hémoformateurs de la série médullaire ont manifesté leur réaction comme dans les cas où une rate supplémentaire n'avait pas été constatée.

La présence dans le sang d'un splénectomisé de globules de la série médullaire ne sera donc pas pour nous faire admettre une tentative vicariante absolue de la part de la moelle, puisque dans notre cas nous avons pu les observer malgré la présence d'une rate intacte bien que réduite. Cette apparition ne devra donc être interprétée que comme une réaction temporaire et purement passagère, un nouvel équilibre ne tardant pas à s'établir.

Ces constatations considérées en elles-mêmes n'offrent rien de nouveau, il est vrai ; mais, à notre connaissance, l'hématologie de la splénectomie n'a jamais été faite avec la notion de l'existence d'une rate supplémentaire. Ce léger point de détail pourra, croyons-nous, donner quelque intérêt à nos constatations.

On voudra bien excuser la longueur de ce préambule. Il était nécessaire de dire nettement l'objet de ce travail. En somme, le but poursuivi dans cette thèse est non pas de traiter d'une manière complète de la splénectomie en tant que traitement des ruptures de la rate, mais à propos d'une observation personnelle intéressante, à plusieurs points de vue, de mettre en évidence les points suivants :

1° Les ruptures de la rate ne sont pas suivies, bien que réclamant une intervention complète et rapide, d'une symptomatologie qui impose le diagnostic. On aurait lieu de se repentir, par voie de conséquence, si

l'on attendait pour diriger ses investigations de ce côté, de voir réunis des signes même de probabilité.

2° La rate étant en cause aucun traitement ne vaut l'extirpation.

L'extirpation est d'autant plus le traitement de choix que nulle suite fâcheuse n'est à redouter de son fait quand la rate est conglomérée ; les rates supplémentaires étant fréquentes on craindra encore moins l'intervention radicale ; d'autant que, d'après les investigations histologiques, les malades qui ne conservent plus de tissu splénique se comportent à peu près de la même façon que ceux qui gardent dans leur abdomen une rate supplémentaire.

Il est maintenant utile de dire un mot de la manière dont notre travail est présenté. Il ne sera pas une dissertation sur les propositions que nous venons d'énoncer et qui n'en sont que les caractéristiques. Encore moins écrivons-nous l'histoire complète des traumatismes spléniques considérés dans leur étiologie, anatomie pathologique, complications, traitement, etc. D'excellents travaux que nous citerons d'ailleurs, en cours de route, ne demandent pas à être refondus. Comme nous l'avons dit, à propos d'une observation dont quelques points méritaient d'être mis en relief, nous avons réuni quelques cas qui nous ont paru pouvoir renforcer notre manière de voir. Si peu qu'on soit au courant de la question, il sera facile de s'apercevoir que nous en avons omis de nombreux autres. C'est volontairement que nous avons agi ainsi, estimant que nous devions nous arrêter quand le nombre de nos exemples était suffisant et chacun d'eux suffisamment démonstratif.

Il eût été facile d'allonger indéfiniment ce travail. Nous nous sommes contenté dans un premier chapitre de rap-

porter l'observation du professeur Fiolle et celle dont nous avions l'intention de nous servir avec quelques détails. Quand une observation n'était intéressante que par un seul point, nous n'avons fait que citer ce détail avec indication de la source à laquelle on pourra se reporter.

Un second chapitre reprend en détail et met en valeur les signes cliniques sur lesquels nous avons voulu attirer l'attention.

Dans un autre chapitre, nous étudierons l'hématologie des splénectomisés et cette étude nous fournira quelques réflexions sur le rôle de la rate supplémentaire dans la régénération leucocytaire.

Nous terminerons par quelques mots sur les indications et la supériorité de la splénectomie sur les autres traitements conservateurs.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS

Pour être complète, une étude sur les ruptures traumatiques de la rate devrait envisager tous les cas possibles. Or on sait que mise à part la friabilité naturelle de cet organe, certains états pathologiques le prédisposent aux traumatismes en augmentant son volume et en le rendant par conséquent plus facilement accessible. L'hypertrophie que l'on constate dans le paludisme, dans la leucémie, dans la syphilis, dans la tuberculose, à la suite de certaines maladies infectieuses telles que la fièvre typhoïde, l'infection puerpérale, le typhus exanthématique sans oublier l'état physiologique de la grossesse favorise d'une façon évidente le rôle du traumatisme de la rate. Nous laisserons délibérément de côté ces cas pathologiques pour n'envisager que les traumatismes atteignant un viscère sain. Les conclusions que nous tirerons des faits que nous allons citer ne seraient

pas applicables aux cas pathologiques que nous venons d'énumérer.

Observation personnelle

B..., Jean, 13 ans et demi, entré le 30 mars 1911, à l'Hôtel-Dieu, salle Cauvière, lit n° 12, pour contusion de l'abdomen. Laparotomie ; rupture de la rate ; splénectomie. Guérison.

Ce garçon a été renversé par une voiture dont les roues lui ont passé sur le milieu du corps, d'un hypocondre à l'autre.

Le malade est conduit à l'hôpital, une heure après l'accident.

L'interne de porte le reçoit pour contusion à l'abdomen. Transporté dans son lit on constate que le facies est bon, pas de shock, absence de bourdonnements d'oreille, de décoloration des muqueuses, de vertiges. Pas de troubles visuels, pas de douleurs précordiales. Pouls à 80. Température 37°5. En un mot aucun signe qui puisse laisser soupçonner une hémorragie interne.

Par contre, on remarque une dyspnée très vive, le nombre des respirations atteint 40 à la minute ; le blessé accuse une douleur intense à la face antéro-latérale gauche du thorax s'irradiant dans tout l'abdomen.

A l'inspection, on ne constate pas d'ecchymoses ; à la palpation on recherche s'il existe une ou plusieurs fractures de côtes ; pas de chevauchement ni de crépitation. L'abdomen est très contracturé, surtout dans la région épigastrique ; dans toute la région sus-ombilicale on trouve du météorisme ; la matité hépatique est rempla-

cée par une zone tympanique de 4 centim. 1/2 environ de hauteur. Légère matité dans les deux fosses iliaques.

On note quelques vomissements bilieux, mais pas de sang dans ces vomissements ; la miction est normale ; à signaler également une fracture probablement sous-périostée des deux os de l'avant-bras, au niveau du 1/3 supérieur.

En résumé, les symptômes constatés sont ceux de perforation intestinale plutôt que ceux d'hémorragie.

M. le professeur Fiolle, appelé auprès du malade, décide une intervention immédiate (trois heures après l'accident).

Laparotomie : incision partant de l'appendice xyphoïde et s'arrêtant au niveau de l'ombilic légèrement contourné. Le gros intestin et le paquet d'anses grêles sont attirés au dehors pour être examinés. Rien d'anormal, si ce n'est un peu de sang noir, très fluide ; pas de signes de perforation, pas de liquide suspect, pas de matières fécales dans le péritoine.

L'examen de l'intestin ne permettant pas de déceler le point de départ de l'hémorragie constatée, la masse viscérale est remise en place, l'incision verticale est alors prolongée au-dessous de l'ombilic et une seconde incision perpendiculaire à la première est dirigée vers la gauche sur une longueur d'environ 5 travers de doigt ; le sang semble bien venir de la rate, mais on ne voit pas de plaie sur cet organe.

Il faut exercer une traction sur la rate qui vient assez bien d'ailleurs pour voir qu'elle est lésée très haut ; on constate alors deux plaies masquées par des caillots : la première au pôle supérieur de la glande, la seconde sur le bord interne, près du sommet ; le sang coule en nappe et en très grande abondance. Il est noir,

Il existe sur le pédicule, à la face antérieure, près du hile, une rate supplémentaire du volume d'une grosse noix. La rate est attirée fortement; elle a un pédicule très large qu'on ne peut pincer et lier en une seule fois ; la ligature est faite en plusieurs temps, en ayant bien soin de ménager la rate surnuméraire. L'hémostase du pédicule une fois faite, l'hémorragie est tarie ; mais du sang est accumulé plus bas à gauche et surtout à droite du côté de la fosse iliaque, tellement qu'il semble y avoir une nouvelle source de sang de ce côté. Ce sang est soigneusement enlevé, suture rapide de la paroi en un seul plan avec des fils d'argent; pas de drainage. L'opération complète dure 30 minutes.

Pas de shock consécutif. On injecte 250 gr. de sérum et on donne du chlorure de calcium. Le soir, le pouls est à 108, pas de fièvre. Les jours suivants, le malade souffre d'une constipation opiniâtre qui ne cède que lentement.

L'enfant ne présente aucun trouble ganglionnaire, s'alimente bien et, après l'ablation des fils d'argent qui a lieu 16 jours après l'intervention, demande à quitter l'hôpital d'où il sort guéri.

L'examen du sang a été pratiqué à deux reprises chez ce jeune malade : la première fois de suite après l'opération, la seconde un peu plus d'un mois après. Nous en donnons de suite les résultats dus à l'obligeance de M. le docteur Ranslacroix, chef du laboratoire des cliniques.

Le premier examen post-opératoire a fourni les chiffres suivants :

Hématies.....	6.820.000
Leucocytes.....	24.672
Hémoglobine.....	0.74

La formule leucocytaire donnait pour cet examen :

Lymphocytes	16,33 %
Grands mononucléaires	10,33 %
Polynucléaires	72,66 %
Eosinophiles	0,66 %

Le second examen pratiqué à la date du 9 mai a donné :

Hématies	5.332.000
Leucocytes	11.822
Hémoglobine	0.82

Formule leucocytaire :

Lymphocytes	29,5 %
Grands mononucléaires	9,5 %
Polynucléaires	55 %
Myélocytes basophiles	3 %
Eosinophiles	3 %

En somme, et en laissant de côté pour le moment les chiffres fournis par l'hématologie, nous pouvons résumer notre observation de la manière suivante :

Un malade atteint de contusion de l'abdomen n'a présenté qu'une dyspnée assez vive et une douleur épigastrique s'accompagnant de contracture de toute cette région ; l'apparence est pour une perforation intestinale ; l'intervention permet de reconnaître une hémorragie d'origine splénique que rien ne permet de soupçonner ; tout rentre dans l'ordre après la splénectomie. Nous avons eu la curiosité de rechercher d'abord autour de nous, puis dans la littérature, les cas sem-

blables à symptomatologie fruste où rien de caractéristique ne permet de mettre en cause la rate comme origine des phénomènes observés ; ces observations éclaireront d'une manière utile la conduite à tenir en pareille circonstance ; nous les donnerons réunies pour ne pas alourdir ce chapitre.

Le nommé B. O. âgé de 20 ans, au cours de son travail est entraîné par une courroie de transmission et projeté contre un mur. Admis à l'Hôpital de la Conception, il survit 5 jours à son accident et présente des symptômes tels qu'il n'est pas jugé à propos d'intervenir. Mort s'ensuit et voici relevées sur les registres d'autopsie de M. le professeur Alezais les lésions observées :

Fracture du bras gauche... ecchymoses des deux pieds... etc. A l'ouverture du péritoine on s'aperçoit que la cavité est pleine de sang... le bassin est remplie de caillots ; la rate est rupturée et limitée en bas par des adhérences avec le côlon.

Nous négligeons les autres lésions sans intérêt pour nous.

L'observation d'Auvray est, elle aussi, assez démonstrative pour que nous la rapportions avec quelques détails, au moins dans ses parties les plus caractéristiques.

Observations d'Auvray (1)

Le nommé C.. âgé de 18 ans, attaché au cirque forain Juliano, est admis à l'Hôpital Lariboisière le 10 juillet à 3 heures de l'après-midi, pour des accidents déterminés par une contusion de l'abdomen.

Le blessé raconte que la veille au soir vers minuit, en exécutant à bicyclette l'exercice connu sous le nom de « Cercle de la Mort », il a été précipité dans le vide d'une hauteur de 4 mètres environ, il est resté sur sa bicyclette et, au moment où le choc s'est produit sur le sol, son ventre a porté violemment sur la concavité du guidon. Au moment de l'accident, C... *n'a pas perdu connaissance, il a été ramené à son domicile en voiture et il a dormi tout le reste de la nuit* (2).

Le lendemain, il se plaint seulement d'une légère douleur dans la région des lombes ; cependant, sur les instances de son entourage, un médecin est appelé, qui trouve la situation assez sérieuse pour conseiller au blessé d'entrer à l'hôpital. Je le trouve dans l'après-midi vers six heures : il est anxieux, pâle, mais sa pâleur n'est pas en rapport avec l'existence d'une grande hémorragie ; il n'a pas eu de vomissements bien qu'il ait absorbé à plusieurs reprises des liquides ; il n'a pas eu de selles, mais il a rendu des gaz ; il a seulement soif, une douleur persistante dans la région

(1) Bullet. et mém. Soc. Chirurgie, 1904.

(2) C'est nous qui soulignons.

lombaire et quelques hoquets ; il a rendu, à plusieurs reprises, des urines limpides. Au moment où il est entré à l'hôpital, le pouls était à 90 et la température à 37°5. Il avait 26 respirations à la minute. A 6 heures, le pouls était à 106. L'examen de l'abdomen fournit les renseignements suivants : Le malade présente au niveau du flanc droit une légère ecchymose au point où a porté une poignée du guidon. Le ventre est un peu ballonné et présente à la palpation une sensibilité diffuse, un peu plus accusée cependant au niveau de l'hypogastre et des deux fosses iliaques. Il existe un certain degré de contracture des muscles de la paroi abdominale ; c'est le signe qui attire le plus particulièrement mon attention ; à lui seul il suffisait, comme la suite l'a prouvé, pour me déterminer à pratiquer immédiatement la laparotomie, bien qu'en somme cette contracture fût assez peu prononcée.

A la percussion, on ne trouvait pas de matité. On parvenait seulement avec difficulté à délimiter le bord inférieur du foie. En présence de cet ensemble de symptômes assez vagues, je crois devoir différer l'intervention ; je demandai que le malade fût étroitement surveillé et qu'on m'appelât au besoin dans la soirée. Bien entendu, l'immobilité absolue fut conseillée et un traitement médical avec application de glace fut institué.

Je fus mandé de nouveau auprès du blessé dans la soirée, il était de plus en plus agité et avait des vomissements verdâtres ; le pouls était aux environs de 100. Cette fois je n'hésitai pas à intervenir. (Nous abrégeons les détails de l'intervention.) A l'ouverture de la séreuse, il s'écoule une abondante quantité de sang liquide, mélangé à quelques caillots. Je n'aurais jamais pu supposer que pareille quantité de sang fût épanchée dans

l'abdomen..... Le foie est trouvé intact..... Comme il m'est impossible d'explorer à l'œil la rate profondément cachée sous le diaphragme... une incision transversale est pratiquée (nous passons sur les détails de la technique). Je constate plusieurs centres de rupture qui rendent impossible toute autre intervention que la splénectomie. Drainage. Suites opératoires excellentes. Le malade sort de l'hôpital le 20 août. Les analyses de sang n'ont pu être faites ; cependant les ganglions lymphatiques n'ont été à aucun moment hypertrophiés ; l'ablation de la rate n'a amené aucune modification apparente dans l'organisme de l'opéré.

L'observation suivante due à Planson vient corroborer la nôtre. Nous la donnons également résumée dans ses parties qui n'ont pas de rapport avec notre sujet.

Observation de Planson (1)

Le nommé G. G..., 28 ans, entre à l'hôpital Beaujon le 30 août 1908, à une heure et demie de l'après-midi. Un quart d'heure auparavant il a été renversé par un camion lourdement chargé dont une des roues lui a passé sur la base du thorax, de gauche à droite.

Pas de perte de connaissance, mais une douleur déchirante au niveau du côté gauche de l'abdomen. Il est amené à l'hôpital aussitôt. Nous l'examinons immédiatement, un quart d'heure environ après l'accident. Nous trouvons le malade en état de shock assez prononcé :

---

(1) Thèse de Paris, 1909, page 131.

immobilité absolue, face pâle, recouverte de sueurs froides, respiration superficielle et accélérée, pouls irrégulier, rapide à 110 ou 120 suivant les instants, mais assez bien frappé. Pas d'hématémèse, pas d'hémoptysies, pas d'hématuries.

A l'examen physique on note sur la base du thorax une série d'écorchures et lésions superficielles, indiquant nettement sur les téguments le trajet des roues du véhicule. Fractures des 5e, 6e, 7e et 8e côtes droites sur une même verticale à 1 centimètre environ en dedans de la ligne mamelonnaire. L'auscultation et la percussion ne décèlent pas de lésions appréciables des poumons, ni des autres organes thoraciques.

L'abdomen est absolument souple et indolore en tous points (1) et la percussion ne montre aucune zone de matité. Le malade rend devant nous, quelques instants plus tard, une selle diarréique et des gaz. On le laisse au repos absolu.....

Trois quarts d'heure plus tard, nous revoyons le malade. *Son état général paraît meilleur* (1), le pouls régulier et bien frappé bat à 80 et la température axillaire est de 36°7. La respiration, encore superficielle, revêt très nettement le type costal supérieur.

L'examen du thorax est toujours négatif, mais celui de l'abdomen permet de déceler quelques symptômes intéressants. La palpation, en effet, indolore dans toute la moitié droite de la paroi abdominale, réveille une douleur aiguë au niveau de l'hypocondre gauche. Là également, la paroi abdominale est fortement contracturée et ne se laisse pas déprimer. Partout ailleurs, au contraire, elle

---

(1) C'est nous qui soulignons.

est souple et dépressible. La percussion fait percevoir une zone de submatité assez nette au niveau de l'hypocondre et du flanc gauche, submatité qui devient plus appréciable quand on suit le malade en décubitus latéral gauche. Dans toutes les autres parties de l'abdomen, la percussion ne relève rien d'anormal. Dans le flanc droit cependant la sonorité paraît légèrement exagérée ; les symptômes d'épanchement intrapéritonéal avec douleur et contracture localisés au quadrant gauche supérieur de la paroi abdominale nous font penser à la possibilité d'une hémorragie intraabdominale.

Nous prions donc notre maître M. Herbet de vouloir bien venir examiner le malade. Celui-ci arrive vers les 5 heures, soit 4 heures après l'accident, et trouve le malade *dans un état général relativement bon* ; aucun signe d'hémorragie interne ; *pouls toujours bien frappé et régulier à 80* ; pas d'abaissement de température.

Une heure après, l'opération est décidée... on extériorise la rate ; celle-ci, entourée d'une masse énorme de caillots, apparaît rompue en quatre fragments de dimensions inégales, absolument indépendants les uns des autres et simplement maintenus en place par de minces pédicules vasculaires.... Ligature, extirpation, drainage, sérum, toniques, guérison. Le malade a été observé avec soin, et nous n'avons noté ni douleurs au niveau des os longs, ni hypertrophie du corps thyroïde. Seuls les ganglions axillaires droits se sont hypertrophiés légèrement quatre semaines après l'opération.

Cette petite hypertrophie persistait encore le 13 décembre (3 mois 1/2 après l'accident), date à laquelle nous avons revu le malade pour la dernière fois. Elle ne s'est pas étendue aux autres régions ganglionnaires.

Le malade est resté pâle et anémié pendant très longtemps ; — les examens du sang ont indiqué une chloro-anémie prononcée avec réparation assez lente...

Un mois après l'opération, les globules blancs qui avaient atteint le 5 septembre (6 jours après) le chiffre de 11.000 étaient revenus à un chiffre normal.

Une seule formule leucocytaire a été calculée le 10 septembre (11 jours après l'opération) ; elle a donné :

Polynucléaires	85 °/₀
Grands mononucléaires...	5 °/₀
Lymphocytes	7 °/₀
Eosinophiles	2 °/₀
Mastzellen.....	1 °/₀

Ultérieurement la formule est revenue lentement et progressivement vers la normale.

Les mêmes réflexions que nous suggèrent les observations précédentes pourront également s'appliquer à la suivante qui est de Filhoulaud et Dupont (1) :

X..., garçon de 12 ans, entre à l'hôpital des Enfants malades, le 16 juin 1905, à la suite d'un accident survenu une heure auparavant. L'enfant était à bicyclette et marchait à une allure modérée, quand, voulant se ranger d'un tramway électrique, il glissa sur le pavé humide et fit une chute assez légère sur le côté droit. Pendant qu'il était à terre, le tramway passa tout près de lui et le heurta violemment au niveau de l'hypocondre gauche. L'enfant ne perdit pas connaissance, mais ressentit immédiatement une douleur très vive dans tout l'abdomen.

---

(1) La thèse de Planson, page 135.

Nous le voyons aussitôt après son arrivée à l'hôpital vers 6 heures du soir : il est très pâle et se plaint d'une douleur assez vive au niveau de l'abdomen.

La palpation du ventre est en effet partout douloureuse. Pas de contracture musculaire. Pas de fracture de côté. *Etat général satisfaisant* (1). Pouls un peu rapide mais régulier et bien frappé.

A 9 h. du soir, c'est-à-dire 4 heures après l'accident, l'état du blessé s'aggrave assez brusquement. Le pouls devient rapide, incomptable, dépressible. Les extrémités sont froides et la peau est décolorée, bref signes d'hémorragie interne évidents. *Toujours pas de contracture abdominale*... Opération... Cavité abdominale absolument remplie de sang, le foie et l'intestin ne présentent pas de lésions. La rate au contraire a son pôle inférieur éclaté en 4 ou 5 fragments et saigne en abondance. Splénectomie et mort quelques heures plus tard.

Pour ne pas allonger indéfiniment ce chapitre d'observations, nous ne relèverons que des caractéristiques essentielles de celles que nous voulons citer encore :

Bardenheuer (2). Après une chute d'une hauteur de 4 mètres, on ne constate pas de shock. Bien mieux, malgré une fracture des 6e et 7e côtes gauches, l'état du malade s'améliore peu à peu. Le 11e jour seulement, aggravation subite. Fièvre et signes d'irritation péritonéale. Opération qui montre un vaste hématome en train de suppurer. La rate, qui avait doublé de volume, portait plusieurs déchirures du hile. Splénectonie. Gué-

---

(1) Même remarque que précédemment.

(2) *Deutsche med. Woch.*, 1897, p. 154.

rison. Deux mois plus tard, on constate l'existence de légères adénopathies.

Ballance (1). Enfant, 10 ans, dont le ventre porte sur une grosse pierre au cours d'une chute de 10 pieds de haut. Examiné pendant le collapsus, on constate de l'hyperesthésie à la pression au niveau du flanc gauche. *Le lendemain seulement* se déclarent les signes d'hémorragie interne. L'enfant est opéré 24 heures après l'accident. Splénectomie. Guérison. On constate par la suite une hypertrophie des ganglions lymphatiques du cou, des aisselles et de l'aine.

Beaumont et Houseman (2). H..., 17 ans, écrasé par un chariot dont une roue lui a passé sur le corps. Pas de signes d'hémorragie interne, absence de contracture des muscles abdominaux, pas de fractures de côtes. Quelques heures plus tard, le jeune homme devient très faible et présente une distension de l'abdomen avec suppression de matité hépatique. Opération. Rate rompue en deux parties. Splénectomie. Guérison.

Baudet (3). Homme de 23 ans, a fait une chute de 11 mètres de hauteur et est tombé sur le rebord thoracique gauche, portant sur une pile de bois. D'abord grande douleur et shock. *Deux heures plus tard, bon état général.* Pouls à 74. Tempér. 37°8. Douleur et défense musculaire de l'hypocondre gauche.

---

(1) *The Practitioner,* 1898, p. 347, tome LX.
(2) *The Lancet,* 1902, II, p. 744.
(3) *Le médecin praticien,* 1907, p. 565).

Puis pendant 30 heures aucun phénomène inquiétant. Pouls à 80, bien frappé, régulier, bon état général. Au bout de 32 heures, on appela le chirurgien de garde car le malade vient d'avoir une courte défaillance. On note alors défense de la paroi abdominale surtout accusée à gauche, pas de matité à la percussion, température 34°4, pouls à 92, régulier mais faible. Opération 32 heures après l'accident. La rate est divisée en deux segments. Splénectomie. Guérison.

Collinet et Folly (1). Soldat reçoit un coup de pied de cheval dans l'hypocondre gauche, puis pendant 9 jours vives douleurs abdominales à maximum à gauche, défense musculaire ; rien à la percussion, inappétence, constipation. Les symptômes s'améliorent successivement et le malade se lève le 8e jour. Le 10e jour, à la suite d'un mouvement dans son lit, le blessé ressent une vive douleur dans le côté gauche. 6 heures après, signe de grande hémorragie interne. Splénectomie. Mort 36 heures après. Rate présentant 2 larges fissures sur sa face interne. Entre ces deux fissures, la région du hile se montrait entièrement déchiquetée.

Le cas observé par Viart peut s'ajouter aux précédents (2).

---

(1) *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1907.

(2) Société de chirurgie, 1910.

CHAPITRE II

ETUDE CLINIQUE D'ENSEMBLE

Comme nous l'avons annoncé dans notre introduction, notre intention n'a pas été de faire une étude complète de la symptomatologie des ruptures de la rate. Cette étude a été faite récemment et d'une manière suffisante pour qu'il ne soit pas nécessaire d'y revenir.

Partant de notre observation, nous avons voulu seulement mettre en évidence les cas frustes de rupture de la rate, c'est-à-dire ceux qui ne sont pas accompagnées, au moment de l'examen du malade, des signes qu'on était en droit d'attendre pour soupçonner au moins l'existence d'une lésion de cet organe.

Jetons donc un coup d'œil d'ensemble sur toutes les observations que nous avons colligées. A la vérité, nous aurions pu en réunir un grand nombre, mais notre ambition n'est pas d'être complet, un nombre suffisant de preuves pouvant servir à étayer nos conclusions.

Tous les cas rapportés ont été vérifiés expérimentale-

ment, si l'on peut dire, sur la table d'opération, tous ont présenté des ruptures de la rate sans signes immédiats classiques.

Résumons donc rapidement les signes classiques de rupture de la rate afin de mieux marquer en quoi les observations plus haut rapportées diffèrent de la séméiologie courante.

Planson, au chapitre IV de son excellente thèse, s'exprime en ces termes : « Comme dans la plupart des déchirures traumatiques des viscères richement vascularisés, deux phénomènes dominent toute la symptomatologie des ruptures de la rate : ce sont le shock et l'hémorragie interne. En effet, après une période de shock suivant immédiatement le traumatisme, période qui est plus ou moins longue et plus ou moins marquée, les ruptures spléniques se traduisent toujours par les signes d'une hémorragie interne redoutable.

» Dans toute une autre série de faits, au contraire, les signes d'hémorragie interne n'apparaissent qu'au bout d'un temps relativement long variant de 3 ou 4 heures à 20 et 24 heures, si bien qu'il existe entre la période de shock initial et l'apparition des signes d'hémorragie une véritable période intermédiaire que Baudet a justement proposé de décrire sous le nom de période de *latence*. »

Donc, après un stade de shock qui n'a pas besoin de longue description, survient la période intermédiaire ou de latence pendant laquelle l'état du malade est complètement modifié, la dépresssion de la période précédente a cédé et, si le sujet est encore pâle et fatigué, il est loin cependant de se trouver dans l'état de véritable adynamie où l'avait mis le shock nerveux. Le pouls régulier et bien frappé est presque normal, la

température également oscille autour de 37°, elle présente quelquefois une légère élévation, mais sans grand caractère. La respiration est très rapide du fait de la douleur abdominale. Le malade, immobilisant autant que possible le point traumatisé, ne laisse son libre jeu qu'à la partie supérieure du thorax, d'où prédominance du type respiratoire costal supérieur.

L'examen attentif de l'abdomen, ajoute Planson, décrivant cette période de latence, nous fournira heureusement quelques symptômes plus caractéristiques. En effet, lorsqu'on explore avec soin l'abdomen par les moyens ordinaires de la clinique, on note un ensemble de phénomènes qui, par leur réunion, acquièrent une valeur considérable. Ils ne manquent pour ainsi dire jamais et la plupart des observateurs les résument dans les quelques mots suivants :

Douleur continue et localisée au niveau de l'hypocondre gauche. Contracture très nette de la paroi abdominale, surtout dans la partie supérieure et gauche. Signes variables traduisant la présence d'un épanchement de sang dans la péritoine. Il est évident que ces signes ont été constatés dans l'immense majorité des cas de rupture traumatique de la rate. Voyons maintenant comment les observations que nous avons réunies répondent à cette symptomatologie.

Pour mettre un peu d'ordre dans notre description nous étudierons chacun de ces symptômes successivement :

1° *La douleur.* — D'après les descriptions classiques et pour nous en tenir à l'auteur cité plus haut en voici les principaux carractères : « C'est une sorte d'endolorissement sourd et continu au niveau de l'hypocondre gauche,

présentant assez fréquemment des irradiations vers la région lombaire, la pointe de l'omoplate et le moignon de l'épaule gauche. Mais la véritable caractéristique de cette douleur c'est d'être réveillée et de s'exagérer très nettement par l'exploration abdominale.

En fait, et en tâchant de synthétiser les diverses observations, la douleur est exquise dans la région de l'hypocondre gauche. Alors même que la palpation de tout l'abdomen serait insensible, seule la pression dans l'hypocondre gauche arrache des cris au malade. Et l'observation de Michel (1) peut servir de type. « Dès qu'on touche le côté gauche de l'abdomen, l'enfant crie et se défend ; la palpation est bien moins douloureuse du côté droit. » Or cet élément douleur, si important à apprécier surtout lorsqu'il siège dans l'hypocondre gauche, est absent de notre observation personnelle ; son siège est dans la région lombaire dans le cas d'Auvray (2) et un peu dans les fosses iliaques. Dans le cas de Planson (3) (nous citons textuellement) : « l'abdomen est absolument indore en tous les points. » Ce n'est que trois quarts d'heure plus tard que la palpation, indolore dans toute la moitié droite de la paroi abdominale, réveille une douleur aiguë au niveau de l'hypocondre gauche.

Le malade de Filhoulaud et Dupont (3) se plaint d'une douleur assez grande au niveau de l'abdomen. La palpation du ventre est partout douloureuse. L'opéré

---

(1) *Revue méd. de l'Est*, 1904.
(2) *Bull. et mém. Soc. chir.*, Paris, nov. 1904.
(3) *Loc. cit.* Obs. II.
(4) Société chir., 1910.

de Viart ne permet de constater que des signes diffus. L'hyperesthésie est diffuse, généralisée à tout l'abdomen.

Le malade de Bardenheuer est si peu net au point de vue qui nous occupe que son état va en s'améliorant jusqu'au onzième jour qui suit l'accident. Le second opéré d'Auvray (1), après une période de shock assez courte, rentre chez lui en voiture, se couche et dort tranquillement comme si rien n'était. Le sujet de Paul Delbet (2), après être resté une heure immobile, sidéré par la douleur, reprit la voiture à bras qu'il traînait, et fit ainsi chargé un parcours de plusieurs kilomètres. Et la liste peut être allongée encore.

Le malade de Coville (3) vaque à ses occupations pendant 15 jours avant de venir à l'hôpital. L'enfant dont l'observation a été publiée par Hartley-Frank (4) fait une chute au cours de laquelle son ventre porte contre un seau métallique. Pendant trois jours l'enfant ne paraît pas incommodé par son accident. Pendant vingt heures le blessé de Mauclaire (5) ne présente aucun phénomène alarmant. C'est 18 heures après sa contusion par un timon de chariot que le blessé de Pauchet (6) se trouve en état de shock. La forte douleur abdominale trahissant la blessure de la rate ne se montre qu'au sixième jour chez le sujet auquel Balloch (7) pratiqua inutilement la splé-

---

(1) *Bull. et mém. Soc. chir.* Paris, nov. 1904.
(2) *Bull. Acad. méd.*, 1898, p. 711.
(3) *Bull. et mém. Soc. chir.* Paris, 1901, p. 1122.
(4) *The medical News*, 1898, n° 14, p. 417.
(5) *Bulletins et mémoire de la Soc. anatom.*, 1901, p. 304.
(6) *Bull. et mém. Soc. chir.* Paris, 1902, p. 1281.
(7) *Annals of surgery*, 1902, XXXVI.

nectomie. Le malade de Lambotte (1), dont l'état général ne semble pas inquiétant, ne présente que de vagues symptômes péritonéaux. L'enfant opéré par Page (2), après une syncope de courte durée, se rend à pied chez ses parents et, pour ce faire, parcourt une distance d'un demi-mille.

Le lendemain il vient à l'hôpital, puis rentre chez lui.

Nous avons cité sans ordre et à mesure qu'ils se présentaient à nos recherches ces divers cas publiés ; nous sommes loin, croyons-nous, d'en avoir épuisé la liste. Mais nous sommes persuadé que, réduits à ceux que nous venons d'énumérer, ils forment un nombre suffisant pour retenir un moment l'attention. Dans toutes ces observations, en effet, l'élément douleur a été insignifiant au point de permettre au malade de longues courses (Page, Auvray, Paul Delbet, Coville) ou même des travaux pénibles. Ou bien dans d'autres cas (Planson, Filhoulaud et Dupont, Bardenheuer, Mauclaire, Hartley-Franck, Pauchet, Balloch (3), etc.), cet élément douleur s'est montré si vague qu'une intervention n'a pas été jugée utile sur le moment, ou, lorsqu'il s'est montré d'une manière nette, il était tellement tardif que l'intervention n'a pu sauver le malade (Balloch, Lambotte, Page).

Evidemment, nous ne voudrions pas généraliser d'après ces observations favorables à notre manière de voir, mais nous en avons assez dit pour montrer que cette douleur de l'hypocondre gauche si utile pour orienter les recherches du côté de la rate peut manquer dans

---

(1) *Annales de la Société de médecine d'Anvers*, 1904.

(2) Clin. Soc. trans. Londres, 1892, XXV, p. 173.

(3) *Loc. cit.*

un certain nombre de cas. C'est le premier élément de la triade symptomatique que nous voyons être infidèle. Pour cette raison nous allons voir si nous pouvons faire état d'une manière plus nette du second élément d'examen recommandable, c'est-à-dire de la contracture.

2° *La contracture.* — Pour Février (1), « ce signe mérite, par sa fréquence et sa précocité d'être mis en première ligne ». En règle générale, ajoute Planson, cette contracture est précoce ; nous devons ajouter qu'elle est progressive et qu'elle devient de plus en plus manifeste dans les heures qui suivent. Cette contracture peut se montrer suivant le cas sous deux formes : contracture généralisée ou bien contracture localisée à la région splénique ou à la région qui l'avoisine immédiatement. Elle peut être généralisée au maximum ; dans ce cas tout l'abdomen réagit à la palpation sans que rien vienne diriger les recherches du côté de la rate ; c'est l'état décrit sous le nom de « ventre de bois » et on est obligé alors de se rabattre sur d'autres symptômes. Localisée, elle l'est rarement d'une manière stricte à la paroi antérieure au niveau de la surface de projection de la rate. Il suffit d'ailleurs, pour qu'elle ait une claire signification, qu'elle soit prédominante du côté gauche de l'abdomen supérieur. Telles sont les données classiques.

Revenons à nos observations : La contracture est généralisée dans l'observation d'Auvray ; elle est assez prononcée, dit l'auteur ; mais de sa constatation il ne tire pas une indication opératoire, preuve qu'elle n'était guère démonstrative. Le malade de Planson, au contraire,

---

(1) Rapport au XIV[e] Congrès de chirurgie, 1901.

présente bien de la contracture et de siège théorique dans l'hypocondre gauche, mais cette contracture ne survient que trois quarts d'heure après le premier examen et accompagné d'autres symptômes. Le garçonnet de 12 ans observé par Filhoulaud et Dupont, lui, avec un état général satisfaisant, ne présente pas de contracture musculaire à l'examen. Au moment même où des signes d'hémorragie interne décident l'intervention, les auteurs notent « toujours pas de contracture abdominale ». Le malade de Viart, malgré son hémorragie intrapéritonéale due à la rupture de la rate presque entièrement séparée en deux, ne présente pas de contracture musculaire. Celui de Bardenheuer n'en a que le 11e jour en même temps que son état s'aggrave brusquement. Quant au petit malade de Harley Franck, elle siège avec tant de netteté dans la fosse iliaque droite que l'on incrimine l'appendice et que l'opération débute par une incision dans la fosse iliaque droite. La contracture ne se montre que 20 heures après l'accident dans le cas de Mauclaire. Le malade de Le Dentu et Delbet n'en traîne pas moins sa charrette à bras. Mixter (1) trouve une contracture légère chez son malade qui tombé d'une locomotive a sa rate éclatée, un morceau libre dans la cavité abdominale, le restant tout dilacéré.

Ici encore, semble-t-il, nous pourrions multiplier les exemples, puisque des recherches peu compliquées nous ont permis de réunir ceux que nous venons de citer. Mais nous n'abuserons pas de la citation, ce serait surcharger ce chapitre sans utilité. Notre seul but a été de montrer qu'à son tour, la contracture peut être un

---

(1) *Annals of Surgery*, 1901, vol. XXXIII, p. 713.

signe infidèle. Trendelenburg, il est vrai, subordonne son apparition à l'irritation du péritoine par le sang en sorte qu'elle n'apparaît qu'au moment de l'hémorragie.

Nous n'avons pas à juger cette opinion d'ailleurs peu défendable dans le cas de Latouche (1) où un enfant de 10 ans fait une chute de 5 mètres et ne présente absolument rien pendant 20 heures. A ce moment apparaissent des signes d'hémorragie interne, un léger tympanisme abdominal, de la douleur à l'épigastre mais pas de contracture musculaire dans la paroi, tout l'abdomen peut être facilement palpé. La rate que montre la laparotomie est cependant pour ainsi dire coupée en deux depuis le milieu du bord antérieur jusqu'au hile.

Les observations que nous venons de citer peuvent être rangées, à la vérité, dans le cadre des cas exceptionnels ; cependant, elles méritaient d'être groupées afin que la contracture ne soit pas considérée comme un signe sur lequel il faille compter d'une manière absolue.

Dans l'immense majorité des cas, elle est présente au tableau clinique, mais dans d'autres, et assez nombreux comme on vient de s'en rendre compte, ses manifestations cliniques peuvent passer par une série de degrés de plus en plus atténués pour finir par disparaître comme dans le cas de Latouche plus haut cité.

Nous ne reviendrons pas sur la question de savoir si la contracture doit être considérée comme un signe d'irritation péritonéale par le sang, nous entrerions

---

(1) *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1905, p. 969.

avec cette discussion dans le domaine théorique et nous voulons nous en tenir aux faits. Il est vrai que lorsqu'elle manque il est recommandé (Planson), par une palpation attentive et prudente, de rechercher au niveau de l'hypocondre gauche une sorte de tuméfaction localisée qui, elle, est bien sous la dépendance de l'hémorragie, puisque le plus souvent elle n'est que la traduction à la palpation d'un épanchement sanguin dans la région splénique.

Mais avec la palpation nous abordons un troisième ordre de symptômes qui sont ceux de l'inondation péritonéale se traduisant par des signes locaux et des phénomènes généraux qu'il nous reste à examiner.

3° *Signes d'épanchement.* — L'étude critique de ces signes nous retiendra peu. Les observations où ils manquent sont en effet d'une assez grande rareté et pour n'être pas toujours réunis au complet, toujours quelqu'un se montre pour déterminer l'intervention.

Ce sont d'abord des signes locaux revêtant un épanchement périsplénique. Cet épanchement se traduit généralement en clinique par la formation, au niveau de la paroi abdominale antérieure, de zones de matité qu'une percussion attentive décèle facilement. Dans un certain nombre de cas, l'hémorragie toute entière se trouve réunie autour de la rate, le sang dans les hémorragies de moyenne intensité ayant une tendance manifeste à se coaguler et à se localiser plus ou moins dans la loge splénique et les régions avoisinantes. Dans d'autres circonstances, elle diffuse rapidement dans toute la cavité abdominale et se collecte dans les parties déclives de celle-ci, c'est-à-dire les flancs lorsque le malade est en décubitus dorsal.

La matité manque dans notre observation et dans

celle d'Auvray ; elle siège dans les flancs et non à l'endroit d'élection dans notre observation personnelle. Le plus souvent, elle n'apparaît que quelque temps après l'accident, dénotant ainsi une hémorragie qui augmente.

Deux observations récentes signalent qu'à chaque nouvel examen l'aire de la matité augmente d'étendue en même temps que deviennent plus nets les signes généraux d'hémorragie interne.

Les signes généraux dus à une hémorragie interne frappent davantage l'attention et sont d'une signification plus claire, du moins quant à l'indication d'opérer de suite. Nous ne nous attarderons pas à leur description. La peau devient d'une pâleur extrême, les muqueuses visibles se décolorent, les extrémités se refroidissent, les mouvements respiratoires deviennent de plus en plus fréquents, le pouls bat à 125, 150, petit, misérable, fuyant. Le malade présente des défaillances ou de l'agitation délirante.

Il est évident qu'en présence d'un pareil tableau clinique, il ne faut guère songer à faire un diagnostic de siège minutieux ; il s'agit d'opérer le plus vite possible quelque soit l'organe qui saigne.

Encore cet ensemble effrayant de symptômes qui force la main du chirurgien, et souvent pour le plus grand bien du patient, ne se montre-t-il pas de suite dans tous les cas.

Il nous faut maintenant dégager les points caractéristiques de cette étude clinique des observations. Les détails dans lesquels nous sommes entré nous dispensent d'être long.

Tous les cas cités sont d'authentiques ruptures traumatiques de la rate contrôlée par la vue et l'intervention. Or leur symptomatologie a été des plus diverses.

Notre observation personnelle se présente comme une perforation intestinale ; rien ne manque au tableau clinique, pas même la sonorité préhépatique ; de même dans le cas de Beaumont et dans d'autres auxquels il suffira de se rapporter. Encore, ici, l'erreur était sans conséquences pour le malade, car la perforation intestinale traumatique commande l'intervention immédiate au cours de laquelle la blessure de la rate sera facilement reconnue ; mais que dire en présence des observations telles que celles dont le professeur Alezais relate l'autopsie : malade vivant 5 jours avec de simples signes de contusion et mourant ensuite du fait de sa rate rompue ; celle d'Auvray où, malgré que la rate soit fissurée en plusieurs fragments, le malade ne perd pas connaissance, rentre en voiture chez lui et dort toute la nuit. Celle de Planson où le malade examiné présente après l'accident un ventre souple et indolore en tous points, la percussion ne montrant aucune zone de matité, et dont l'état est tel que bien qu'hospitalisé dans un service de chirurgie on le laisse au repos absolu; après le 1er examen, celle de Filhoulaud et Dupont où pendant 4 heures « l'état général est excellent », et autres sur lesquelles on nous permettra pas de ne pas revenir encore.

De tous ces faits réunis il est bon de tirer la leçon. Avec des signes vagues, incomplets, quelquefois même négatifs, tous les malades dont nous avons rapporté l'histoire avaient leur rate rompue, bien mieux quelques-uns présentaient le tableau clinique d'une lésion dont ils n'étaient pas atteints.

Les insuccès opératoires ne sont souvent pas publiés et nous connaissons trop d'observations où, malgré une intervention précoce, une issue fatale n'a pu être évitée. La splénectomie, dans les traumatismes de la rate,

laisse encore, dans la statistique d'Auvray en 1901 (il y a par conséquent 10 ans), une mortalité de 48 %, dans celle de février 47, celle de Planson (1909), 38 %.

La conclusion s'impose : plus l'intervention sera précoce, plus on aura de chances de sauver le malade.

Quels sont donc les signes dont on attendra l'apparition. Dans la plupart des observations ce sont les phénomènes graves de l'hémorragie interne qui ont forcé la main du chirurgien.

A les attendre, on risque d'opérer un malade déjà en en état de shock et partant de résistance déjà diminuée. La matité splénique risque de manquer, la contracture d'être absente jusqu'à la fin.

Dans ces conditions, restent comme seuls éléments de diagnostic les anamnestiques, les probabilités. Un choc sur la région splénique, un trauma dont la rate peut avoir à souffrir constituent des données suffisantes à la condition qu'eux-mêmes soient suffisants.

En un mot, les conséquences d'une rupture possible sont autrement redoutables qu'une laparotomie exploratrice faite dans des conditions d'asepsie rigoureuse.

Dans l'immense majorité des cas, dit Potherat, lors de la discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie, le 25 mai 1910, à propos du cas de Viart, « la lésion ne s'est révélée qu'après l'ouverture de l'abdomen et au cours des investigations faites pour aller à la recherche d'une hémorragie interne »; et plus loin : « si j'ai pu faire un diagnostic exact et précis dans mon cas, c'est que les conditions dans lesquelles s'est produit l'accident, la localisation facile du traumatisme jointe aux signes indéniables d'une hémorragie intrapéritonéale, l'absence du sang dans l'urine, imposaient dans mon esprit ce diagnostic ». Par les observations citées, nous avons montré

qu'il peut être dangereux d'attendre ces signes d'hémorragie interne. On en trouvera un nombre considérable dans toute la littérature spéciale à ce sujet.

Plutôt que d'attendre ces signes qui, lorsqu'ils apparaissent, ne sont pas trompeurs, mais qui ne se décident pas toujours à paraître, mieux vaut, comme dit Potherat, « dans tous les cas de coups portés sur l'abdomen, analyser de près les faits, fixer non seulement la nature, la forme et l'importance de l'agent vulnérant, mais surtout le lieu précis où a porté cet agent ». Le shock, même très court, serait peut-être un des meilleurs indicateurs de lésions graves lorsqu'on connaît déjà la nature de l'accident.

Nous arrêterons là ce chapitre clinique. Nous espérons en avoir assez dit pour que l'idée de l'intervention immédiate et l'exploration de la rate s'impose à l'esprit, lorsque, étant donné les renseignements recueillis au sujet de l'accident, on peut seulement soupçonner une lésion de la rate, quels que soient les symptômes qui se manifestent bénins ou caractéristiques d'une autre lésion. Et c'est un point important que nous désirions mettre en vedette.

CHAPITRE III

HÉMATOLOGIE DES SPLÉNECTOMISÉS QUELQUES RÉFLEXIONS A PROPOS DE NOTRE CAS PERSONNEL

Il est indubitable que la suppression d'un organe aussi important que la rate doit se traduire, dans l'organisme qui en est privé, par des modifications importantes à bien connaître. Le rôle hématopoïétique de la rate étant des mieux connus, la numération et l'identification des divers éléments sanguins étant d'autre part facile depuis l'emploi de techniques simplifiées, il est naturel que l'attention des chercheurs ait été dirigée principalement du côté des changements dans la formule sanguine que fait naître la splénectomie.

Comme, et nous le répétons encore, notre intention n'est pas d'être complet, nous laisserons de côté les transformations humorales recherchées ou constatées chez les splénectomisés ; la résistance aux diverses infections et intoxications des animaux dératés a fait l'objet

de mémoires spéciaux fort documentés (Thèse de Beau. Lyon, 1901-02), qui n'ont d'ailleurs pas encore fait la lumière complète sur cette question.

Notre but est beaucoup plus modeste. Partant de notre observation au cours de laquelle deux examens de sang ont pu être pratiqués, nous avons réuni quelques cas superposables au nôtre afin d'en tirer quelques conclusions pratiques. Nous tâcherons ensuite d'expliquer pourquoi nos examens sont différents des autres.

Afin de mettre quelque clarté dans notre exposé, nous aurons recours d'abord à quelques énoncés théoriques que, bien que connus, on nous pardonnera de remettre sous les yeux du lecteur. Nous serons d'ailleurs très brefs.

A l'état normal et suivant la conception d'Ehrlich, les éléments figurés du sang peuvent être répartis en deux variétés ; ceux de la série lymphogène et ceux de la série myélogène. A la première catégorie — lymphogène — appartiennent les plaquettes du sang (hématoblastes de Hayem) et les mononucléaires petits, moyens et grands ; à la série myélogène appartiennent les globules rouges, les polynucléaires ordinaires, les éosinophiles et les cellules blanches à type de mastzellen.

Notre travail ne veut en aucune manière être doctrinal ; il nous manquerait du reste les éléments nécessaires à à une discussion théorique ; nous nous en tiendrons au fait et à ses résultats pratiques.

Sans donc entrer dans les discussions qu'ont soulevé les origines réelles des divers éléments figurés du sang, un fait semble acquis à l'heure actuelle, tout au moins en ce qui concerne l'état normal et de repos. Les globules blancs à protoplasma clair sont d'origine lymphatique (ganglions, rate, etc.). Les globules blancs à proto-

plasma granuleux sont d'origine médullaire (moelle osseuse). C'est l'état normal de l'organisme en équilibre. Mais que viennent à se produire des désordres sérieux dans la série des organes hématopoïétiques, comment réagiront les autres organes sanguiformateurs ? C'est le seul point intéressant que nous ayons à examiner à propos de la splénectomie.

Pour nous répondre, nous avons les divers examens de sang pratiqués après splénectomie chez l'homme. Quelques-uns sont à rejeter parce que le sujet splénectomisé avait, avant l'opération, sa rate malade et à fonctionnement vicié ; d'autres, au contraire, et nous en avons recueilli un nombre suffisant pour nous faire une opinion, sont aussi nets que des expériences à cause de l'intégrité antérieure de la rate.

Néanmoins les phénomènes biologiques sont souvent d'une telle complexité qu'il est bon pour les éclairer d'expériences simples.

Un des procédés les plus simples consiste à faire subir à un animal des saignées répétées ou massives. Alors la moelle osseuse doit compenser le déficit en hématies et en polynucléaires granuleux, tandis que les ganglions contribuent à combler les pertes en hématoblastes et en mononucléaires.

Ce résultat était à prévoir ; mais un fait que Dominici a bien mis en évidence, c'est que dans ce cas particulier d'anémie expérimentale tous les éléments de la série myélogène pouvaient prendre naissance dans le tissu lymphatique. Nous citerons ses conclusions : « Si l'on étudie dans leur ensemble les réactions des tissus lymphoïde et myéloïde des lapins adultes anémiés par saignées répétées on pourra généralement en dresser le tableau suivant : Tissu lymphoïde. Réaction intense dans

les ganglions, les plaques de Peyer, la rate ; réaction minime dans la moelle des os.

Tissu myéloïde : La réaction myéloïde est toujours intense dans la rate et se manifeste d'une façon non moins évidente dans les rates accessoires qui se développent fréquemment dans le tissu interstitiel du pancréas. Elle est régulièrement rudimentaire dans les ganglions et les plaques de Peyer et incomplète dans les ganglions. Réaction toujours présente complète, et massive dans la moelle. Ainsi donc voilà franchie la première étape.

Sous l'influence de causes particulières (saignée) dans le cas présent, la rate tissu lymphoïde peut réagir en donnant naissance à des globules blancs de la série myéloïde (globules rouges, polynucléaires granuleux, éosinophiles à type de mastzellen.

A priori, rien ne s'oppose à ce que les données du problème soient retournées. La rate étant supprimée, les autres organes hématopoïétiques ne réagiront-ils pas ? En fait, la rate n'est pas le seul organe leucoformateur. Nous verrons donc les autres (ganglions surtout) tâcher de la remplacer par un surcroît d'activité cellulaire.

Freitag (1), après splénectomie sur l'animal, a vu les ganglions au voisinage de la grande courbure et du passage du petit au gros intestin, grossir et s'amplifier, puis rougir, ou bien se développer dans le mésentère de petites nodosités lymphatiques. Le travail s'accomplirait de la 16e à la 19e semaine. Les ganglions tâchent donc de suppléer la rate.

Pratiquement qu'observe-t-on dans le sang circulant après splénectomie expérimentale.

Nous nous contenterons, sans entrer dans le détail,

---

(1) Anal. in *Journ. de physiol. et de pathol. gén.* 1909, p. 130.

de transcrire les conclusions du travail de MM. Nicolas et Dumoulin.

Après splénectomie sur le chien :

1° Le nombre des hématies diminue fortement presque immédiatement après l'opération pour remonter peu à peu et revenir à la normale au bout d'un temps variable (16e et 17e jours pour nos expériences).

2°.....

3° Le pouvoir calorimétrique du sang s'abaisse en même temps, mais il semble revenir à la normale beaucoup plus lentement que le nombre des hématies et la richesse en fer.

4° La rate semble donc jouer dans l'organisme adulte et sain un rôle hématopoïétique, rôle qui se traduit par la modification du sang après la splénectomie. Mais en son absence d'autres organes peuvent la suppléer, car ces modifications ne persistent qu'un temps limité, et le sang reprend plus ou moins vite ses caractères normaux grâce à l'intervention des organes de suppléance (moelle osseuse, ganglions lymphatiques, pour certains auteurs). Tels sont les résultats expérimentaux. Nous allons voir rapidement que les observations faites sur l'homme les confirment pleinement. Après splénectomie le nombre des globules rouges diminue rapidement : 2.420.000 dans observation II de Planson, 6 jours après l'intervention ; 1.360.000 le 1er jour et 3.800.000 le 6e jour dans le cas d'Alivisatos (1) ; 1.650.000, 2 jours après l'intervention dans celui de Fontoynont (2) ; ici il s'agit d'une paludéenne et la diminution du nombre des globules

(1) *Bulletin et Mémoire Société Chirurgie*. Paris 1909, p. 85.

(2) *Ibid.*, 18 janv. 1905, p. 26.

rouges ne saurait être attribuée à la seule splénectomie. 3.900.000 un mois après l'opération d'Hubbard (1). 3.200.000 un mois également après intervention (Judet) (2). 3.813.000 (Le Dentu et Paul Delbet) (3). 2.500.000 (Pitts et Ballance) (4). 1.500.000 le 2e jour (Riegner) (5).

Nous pourrions allonger de beaucoup cette liste de quelques noms, mais ce serait inutilement. Le fait est patent. Après la splénectomie le nombre des hématies baisse souvent d'une manière frappante. Or c'est tout le contraire que nous avons observé dans notre cas où leur nombre s'est élevé de suite après l'opération au chiffre de 6.820.000. Comment expliquer cette anomalie ?

Il s'agit d'interpréter les chiffres ci-dessus.

En effet, deux facteurs pouvaient intervenir pour modifier le nombre des globules rouges : d'abord l'hémorragie pour laquelle on est intervenu et qui a soustrait mécaniquement une masse de sang variable suivant les cas à l'organisme atteint ; en second lieu l'ablation elle-même de la rate qui entraîne avec elle une quantité considérable de sang. La rate est, en effet, un organe très richement vascularisé, au point qu'à l'époque où ses fonctions étaient encore indéterminées, certains auteurs avaient songé pour elle à un rôle de soupape de dérivation pour le système circulatoire abdominal. L'organisme se trouve spolié de sang d'abord du fait que la rate

---

(1) *Boston medical and surgical Journal*, 1906, p. 646.
(2) *Bull. et mém. Société anat.*, 4 oct. 1901.
(3) *Loc. cit.*
(4) *The Lancet*, fév. 1896.
(5) *Allg. med. Centralzeitung*, 1901, n° 3, p. 25.

a saigné, d'où une diminution souvent appréciable de la masse sanguine, et ensuite du fait que l'ablation de l'organe gorgé de sang a suivi, d'où diminution plus appréciable encore.

Mais les ruptures qui ont nécessité une intervention ont pu donner lieu à une hémorragie plus ou moins abondante expliquant les chiffres variables trouvés après l'opération. Ainsi s'expliquent les différences constatées entre les cas de Riegner, par exemple, et celui de Planson. Nous n'y reviendrons pas en détail. Seule notre observation nous montre de l'hyperglobulie avec un chiffre de globules rouges supérieur à 5 millions.

Voici l'explication que nous proposons pour l'interprétation de ce chiffre.

Tout d'abord notre malade, contrairement à d'autres, n'avait pas été saigné à blanc par rupture de la rate, d'où un premier résultat : c'est que la spoliation sanguine a été chez lui peut-être moins forte que chez d'autres blessés ayant accusé un chiffre de globules inférieur à la normale ; mais cette absence de perte, si l'on peut dire, ne peut jamais équivaloir à un gain quoi qu'il arrive.

Nous savons d'autre part que les éléments figurés du sang ne sont pas répartis dans le liquide qui leur sert de véhicule, d'une manière absolument régulière, pour mieux dire ils ne sont pas en suspension homogène à la manière des globules gras d'une émulsion bien faite ; divers facteurs physiques interviennent pour modifier leurs réparations, suivant des lois aujourd'hui bien connues et mises en lumière. C'est ainsi que le calibre du vaisseau est pour quelque chose dans la proportion des globules blancs et des globules rouges qu'on y rencontre, les blancs paraissent plus visqueux, plus lents à dépla-

cer par le courant liquide et formant un manchon périphérique à l'intérieur de la paroi des petits vaisseaux.

Certains états de contraction ou de dilatation du vaisseau lui-même dans lequel est prélevé le sang peuvent augmenter ou diminuer la proportion respective du cruor ou du liquor entre eux.

L'affluence sanguine localisée à une région peut induire en erreur sur la composition réelle du sang des autres parties de l'organisme.

Certains réflexes semblent établir une loi de balancement entre la circulation viscérale et la circulation périphérique ; c'était là une des bases de la méthode dérivative des anciens médecins ; c'est encore une des raisons qui justifient la révulsion sous toutes ses formes à l'heure actuelle.

C'est un phénomène de cet ordre que nous invoquerons pour expliquer l'hyperglobulie de notre malade. En réalité, il ne présenta qu'une hyperglobulie apparente. Sous l'influence d'un réflexe à point de départ sympathique (et l'état de notre blessé tel qu'on l'a trouvé décrit au cours de l'observation nous permet d'incriminer une vive excitation sympathique) cause donc un réflexe sympathique ; une vaso-constriction a pu se traduire par une vaso-dilatation périphérique amenant dans les vaisseaux cutanés un ralentissement du courant sanguin et un afflux compensateur. Dans ces conditions on peut concevoir une augmentation momentanée de la masse du sang à l'endroit piqué pour prélèvement.

Nous disons bien de la masse, car les globules blancs sont augmentés en proportion, et ce, avant qu'une réaction leucocytaire ait eu le temps de se manifester sous une influence quelconque.

Notre malade était porteur d'une rate supplémentaire qu'il a conservée intacte.

Tout en mentionnant cette particularité, nous ne voyons pas trop comment on pourrait en faire état pour expliquer les phénomènes observés de suite après l'opération.

Dans ces conditions, si notre explication est bonne, nous interpréterons les résultats de l'examen de sang pratiqué par M. le docteur Rouslacroix comme indiquant une hyperglobulie apparente et passagère comme on le verra par le second examen de sang, la formule sanguine restant normale dans le détail, nous voulons dire, toutes proportions gardées, chaque élément étant représenté par des chiffres régulièrement proportionnels à l'ensemble.

Passons maintenant à l'examen du sang pratiqué plus tard, quelque temps après la splénectomie et lorsque les organes hématopoïétiques ont eu le temps de réagir.

Nous aurons à examiner le nombre des globules rouges et celui des blancs et la quantité de ces derniers.

I. — Globules rouges

Dans notre observation, un mois après, leur nombre est de 5.332.000 et de 4.960.000 dans celle de Planson, 1.930.000 (Fontoynont) en progression de 300.000 sur l'examen antérieur, 3.200.000 (Judet), 3.800.000 (Lemoine et Levêque), etc.

En un mot, nous voyons que le nombre des globules rouges va en se relevant progressivement après la splénectomie jusqu'à atteindre la normale.

Lorsque des examens répétés permettent de suivre

en même temps l'ascension du taux hémoglobinique, on voit que ce taux se relève également d'une manière constante. L'exemple de Lemoine et Levêque est très démonstratif à ce sujet ; il donne le 26 juin, 56 °/₀ ; le 27, 63 °/₀ ; le 28, 65 °/₀ ; le 3 juillet, 72 °/₀.

L'apparition d'érythrocytes est signalée dans de nombreuses analyses.

II. — Globules blancs

Leur nombre ne tarde pas à s'élever après la splénectomie; les chiffres de 20 à 30.000 ont été obtenus, mais en général leur taux oscille entre 10 et 15.000. La leucocytose est évidente, mais ce qui est plus intéressant à noter, c'est la formule leucocytaire.

Dans l'immense majorité des cas, les globules blancs de la série myélogène augmentent, le taux des globules de la série lymphatique s'abaisse proportionnellement. Les formes médullaires qui à l'état normal n'apparaissent pas dans le sang circulant, se montrent alors. Nous ne citerons que quelques chiffres, renvoyant pour plus de détail aux observations originales.

C'est ainsi que, dans notre observation, un peu plus d'un mois après splénectomie l'examen du sang montrait 55 °/₀ seulement de polynucléaires s'accompagnant de 3 °/₀ de myélocytes basophiles et de 3 °/₀ d'éosinophiles. Hubbard note 1 mois après 6,10 °/₀ de myélocytes. Lambotte 40 jours après 1 °/₀ d'éosinophiles et 0,50 °/₀ de mastzellen. Planson 2 °/₀ d'éosinophiles et 1 °/₀ de mastzellen, etc.

En résumé, la réaction médullaire est évidente, mais non inquiétante ; — un grand nombre d'observateurs ayant exploré les os longs et sternum sans y trouver de

douleur. La réaction ganglionnaire et lymphoïde n'est d'ailleurs pas absente. Les hypertrophies ganglionnaires sont restées dans le nombre des observations ; Bardenheuer, Beaumont et Houseman, Pitts et Ballance, etc, etc. D'ailleurs dans un certain nombre d'observations, bien que la réaction médullaire ait été évidente, la réaction lymphatique paraît dominer (Vaquez et Hartman, Borélius, Lambotte, Miles, etc.).

A part de rares cas, celui de Mathew et Miles (1) par exemple, ces altérations de la formule sanguine ne sont pas persistantes. Au bout de quelques mois, il est impossible de déceler le moindre trouble dans la formule sanguine. L'anémie guérit, la leucocytose, les myélocytes disparaissent, la formule est normale.

On nous permettra, à la fin de cette étude du sang des splénectomisés, de mettre en relief un léger point de détail de notre observation personnelle. Nous ne nous sommes du reste un peu étendu sur les données théoriques que dans le but de revenir sur ce point à ce moment de notre travail.

Comme on l'a vu en lisant notre observation, notre opéré a conservé une rate surnuméraire intacte, du volume d'une grosse noix. Le pédicule vasculaire de cette rate a été soigneusement conservé et l'observation l'avait montré intact. Rien donc ne s'opposait à ce qu'il continuât son rôle physiologique après l'intervention chirurgicale. Il semble que la formule sanguine de notre splénectomisé eût du se rapprocher davantage de la normale, si cette rate avait vraiment rempli son rôle de suppléance. Comme on l'a vu, il n'en a rien été, et le pourcentage de globules blancs de la série myélogène a

(1) *The Edinb. med. Journal*, oct. 1907.

été, dans notre observation, aussi considérable et même plus considérable que dans les cas où aucune rate supplémentaire n'a été signalée. Que conclure de ce cas particulier? A première vue, que la moelle osseuse a réagi comme si la rate surnuméraire n'avait pas existé. Mais n'en pourrait-on pas inférer aussi que la rate supplémentaire, au cours de la réaction sanguine, a présenté la transformation myéloïde, comme la rate ordinaire la présente expérimentalement au cours des saignées répétées? A la suite de travaux dans les détails desquels nons ne saurions entrer ici, Dominici croit pouvoir conclure que, dans des cas spéciaux, les hémorragies par exemple, tous les globules de la série médullaire peuvent prendre naissance dans les organes de la série lymphatique et dans la rate elle-même.

Ne pouvait-il pas en être de même dans notre cas? Nous ne proposons cette hypothèse que sous toutes réserves, le contrôle direct manquant pour la vérifier, mais notre cas ne se rapproche-t-il pas entièrement des conditions d'une expérience de saignée pure et simple après lesquels cette transformation a été notée? Nous nous contenterons de signaler ce point intéressant de notre observation, n'ayant trouvé dans la littérature médicale aucune observation où l'analyse du sang s'accompagnât de la notion de rate supplémentaire.

Mais, si notre hypothèse est vraie, la réparation sanguine a dû être pour notre opéré autrement facile que dans le cas où une rate supplémentaire n'existait pas. Dans aucune observation nous n'avons trouvé mentionné une rate surnuméraire au cours de la splénectomie. Cette anomalie doit pourtant être assez commune. Il nous a suffi de parcourir les registres de « l'Autopsie » de M. le professeur Alezais pour en découvrir des cas

chez des sujets pris au hasard dans ces dernières années.

L'autopsie n° 341 de l'année 1907 mentionne chez une une femme de 30 ans, morte de broncho-pneumonie une rate supplémentaire de la taille d'une grosse noix, au niveau de l'extrémité gauche du pédicule. Même constatation à l'ouverture du corps de C. C. atteint de cirrhose hypertrophique ; la rate supplémentaire n'est plus que de la grosseur d'un petit pois chez L. C. morte à 61 ans de péritonite aiguë. Et nous n'avons pas cherché à dépouiller de nombreux protocoles d'autopsie. D'ailleurs tous les traités d'anatomie font mention de nombreux cas de rate surnuméraires et il n'entre pas dans notre sujet de les rassembler. Nous n'avons voulu évoquer que ceux que le hasard de la clinique courante nous avaient permis de connaître.

Pour en finir avec cette question de rate surnuméraire et des résultats hématologiques constatés dans notre observation, nous avancerons que, dans notre cas, la réparation sanguine a paru s'effectuer plus vite que dans les autres observations publiées ; devons-nous en faire bénéficier la rate surnuméraire ? Notre unique observation ne nous permet pas de conclure de manière ferme.

En second lieu, malgré la présence d'une rate supplémentaire, la réaction leucocytaire de notre malade s'est effectuée dans un sens nettement myéloïde. Devons-nous l'expliquer comme nous l'avons tenté plus haut ? Des autorités plus compétentes que la nôtre pourront prendre parti. Nous croyons devoir nous en tenir modestement à l'hypothèse que nous avons déjà émise ; nous n'y reviendrons pas, cette hypothèse ne présentant qu'un intérêt purement histologique et notre travail voulant surtout être pratiqué et dans ses moyens et dans son

but. Quoi qu'il en soit, pour rester sur le terrain clinique, notre malade a réagi dans la formule sanguine comme s'il ne possédait plus de tissu splénique.

Nous voyons donc que la rate supplémentaire soigneusement respectée chez notre malade à titre d'organe pouvant utilement exercer ses fonctions sanguiformatrices à ne considérer les choses que de haut, c'est-à-dire au point de vue de la régénération sanguine, ne s'est montrée d'aucune utilité apparente quant à la formule des globules blancs. Est-ce à dire que cette rate de dimensions réduites était inutile et qu'autant valait la sacrifier ? Tel n'est pas notre avis, car nous n'avons fait entrer dans cette discussion qu'un seul élément ; c'est la morphologie des globules blancs. Mais la rate ne possède pas seulement un rôle hématopoïétique. De toutes les autres fonctions antitoxiques nous n'avons rien dit et pour cause ; nous n'avons pu les mettre en évidence. En ont-elles moins existé pour cela ? La réponse est facile et nous croyons que la conservation d'un fragment de tissu splénique sain bien vascularisé et fonctionnant a été et est encore tout bénéfice pour notre malade.

Nous ne retiendrons de cette discussion qu'un point. Dans le nôtre, où une rate réduite a pu être conservée, les résultats hématologiques ont été ceux de la splénectomie ordinaire, et par conséquent les résultats obtenus doivent aider à ôter tout scrupule pour ce qui regarde la splénectomie dont nous dirons deux mots en passant très rapidement.

C'est évidemment l'idée d'être utile au malade qui a conduit les opérateurs à pratiquer sur la rate traumatisée les diverses interventions telle que le tamponnement, la suture, les cautérisations, l'enveloppement dans les replis épiploïque, tendant au même but que la splénectomie,

c'est-à-dire l'arrêt de l'hémorragie. Quelquefois des difficultés opératoires telles qu'adhérences, situation profonde de la rate, brièveté excessive du pédicule vasculaire, difficulté d'assurer l'hémostase de ce même pédicule, ont conduit le chirurgien à se contenter d'opérations restreintes laissant en place l'organe saignant. Sans en faire l'étude complète, nous dirons un mot de ces diverses interventions pour montrer que souvent insuffisantes, quelquefois dangereuses, rien ne justifie leur emploi à la place de la splénectomie.

Tout d'abord tamponnement, sutures, et surtout cautérisations ne peuvent être indiqués que dans des cas extrêmement légers pour des fissures superficielles donnant assez peu de sang, ou lorsque après hémorragie dans la loge splénique des caillots se sont formés et l'écoulement de sang déjà presque tari. Ce sont des cas qui méritent alors à peine le nom de rupture splénique et théoriquement ces interventions semblent suffisantes parce qu'appropriées à leur but. En fait, il en va tout différemment à cause de deux complications toujours possibles des ruptures de la rate : l'hémorragie secondaire et l'infection de l'hématome.

Il n'est pas besoin que nous nous étendions sur ce chapitre. Nombre d'observations, d'interventions tardives sur des rates traumatisées n'avaient pas d'autres causes (Lampe) (1), (Kareswski) (2) quelquefois même l'hématome devient gênant uniquement par son volume (Morestin) (3) et doit être enlevé.

---

(1) *Trapp. Deutsche Zeistschr. für Chir.*, 1897, 44.
(2) *Deutsche med. Woch*, 1901.
(3) Congrès de Chirurgie, Paris, 1904.

La splénectomie seule, en enlevant la cause, supprime l'effet et reste l'opération de choix.

Mais ses statistiques montrent une mortalité plus grande (38 %) que le tamponnement (13 guérisons sur 15 cas). Il s'agit évidemment d'une question d'espèces. Il est évident que si la rate est atteinte très légèrement ou seulement à sa superficie, ou si encore des adhérences nombreuses et compactes bloquent cet organe dans la loge splénique au point de laisser redouter des hémorragies d'une difficulté opératoire à tarir presque insurmontables, il serait oiseux et même dangereux dans ce dernier cas de pratiquer son extirpation totale.

Mais en dehors de cette difficulté que nous venons de mentionner et qui ne se rencontre presque exclusivement que sur des rates pathologiques, pour peu qu'après laparotomie on constate sur un organe sain des fissures un peu profondes ou siégeant près du pédicule, la splénectomie seule sera pratiquée : elle seule met à l'abri des complications redoutables qui sont l'hémorragie secondaire et l'infection.

Elle sera encore plus indiquée si, comme dans notre cas, l'exploration de la région traumatisée permet de constater l'existence d'une rate surnuméraire qui, si les idées de certains auteurs sont exactes (Cecchini, Tizzoni), pourrait régénérer l'organe tout entier. Sans compter sur une pareille éventualité nous avons montré qu'au point de vue de la formule sanguine, après une réaction médullaire et ganglionnaire prononcée quelquefois, tout rentre dans l'état normal. C'est tout ce que l'on peut souhaiter, et devant ce fait tombe le dernier argument que pourraient invoquer les conservateurs à outrance.

CONCLUSIONS

Nous sommes arrivé au terme de ce travail. Nous devons maintenant en tirer les conclusions qu'il comporte.

Nous n'avons pas la prétention de croire que nous avons ajouté un fait nouveau à la chirurgie de la rate. Mais, partant d'une observation intéressante à plusieurs points de vue, nous espérons avoir mis en lumière les points signalés dans notre introduction que nous résumerons maintenant sous forme de conclusions.

I. — Dans tout traumatisme de l'abdomen, quels que soient les signes constatés, depuis le shock profond jusqu'à la tolérance parfaite, la rate peut être lésée au point de rendre indispensable une intervention chirurgicale.

II. — Pour incriminer la rate comme facteur des signes constatés, aucun des signes classiques décrits ne sont indispensables. Bien plus, d'autres signes trompeurs peuvent détourner l'attention de ce viscère.

III. — Pour penser à une rupture splénique, il vaut mieux se fier aux anamnestiques, aux récits de l'accident, à la nature du corps vulnérant, à la manière dont le coup a été porté, à la région primitivement atteinte plutôt qu'aux signes classiques, pour en faire état en vue d'une intervention.

IV. — La blessure de la rate une fois soupçonnée, une laparotomie exploratrice s'impose afin de vérifier *de visu* l'état de l'organe. Toute plaie un peu sérieuse une fois constatée indique la splénectomie.

V. — La splénectomie sera d'autant plus indiquée que, comme dans notre cas, l'existence d'une rate supplémentaire sera constatée. En tout état de cause, cette opération est bénigne dans ses suites par elle-même, contrairement aux autres interventions conservatrices.

VI. — L'hématologie de notre cas de rate surnuméraire nous a montré une régénération sanguine identique aux cas où on n'en constatait pas. Raison de plus, pour ne pas être retenu par l'absence de rate supplémentaire.

VII. — Les rates surnuméraires paraissent activer le retour du sang à une composition normale. Pratiquement les rates supplémentaires sont peut-être plus fréquentes qu'on ne le croit.

Tels sont les points que notre observation nous a incité à bien mettre en lumière. Nous nous tiendrons pour satisfait si, pour rester strictement dans les limites que nous nous étions tracées, on nous excuse d'avoir laissé de côté bien des points intéressants de cette chi-

rurgie de la rate dont nous n'avons pas songé une minute à faire une mise à point. Bien des détails techniques, indications complètes, contre-indications de la splénectomie auraient pu être abordés ; nous connaissons nos lacunes ; aussi avons-nous préféré, à la place d'une fade compilation, émettre une opinion personnelle.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 22 juin 1911.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 22 juin 1911.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!